



Rijksoverheid

Beleidskompasformulier voor internetconsultatie



 **Beleidskompas**

Wie zijn belanghebbenden en waarom?

Hulpvragen

- Wie zijn direct of indirect belanghebbenden bij het betreffende vraagstuk?
Verzekerden/patiënten, premiebetalers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de overheid.
- Wie beschikken er over relevante kennis over en ervaring met het vraagstuk?
Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, belangenorganisaties en overheidsinstellingen zoals ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Op welke wijze zijn belanghebbenden tot nu toe in de verschillende fasen van het beleidstraject betrokken?
In 2022 hebben partijen bij de voorbereiding van het uiteindelijke Integraal Zorg Akkoord (IZA) nauw samengewerkt om het hele IZA, inclusief hoofdstuk J Contractering, op te stellen ten behoeve van de ondertekening van het akkoord. Vervolgens zijn de ondertekenaars van het IZA in verschillende fasen betrokken geweest bij de opstelling van de inhoud van het wetsvoorstel en de daarbij behorende memorie van toelichting.

1. Wat is het probleem?

Hulpvragen

- a) Wat is het probleem?
De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Ook het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen neemt toe.
Juist ook in de zorg komen we handen tekort. Die tendens bestaat al langer, maar werd tijdens de coronacrisis extra zichtbaar. In alle zorgsectoren zien we nu de spanning tussen vraag en aanbod toenemen. Dit leidt tot wachtlijsten, het onder druk staan van de kwaliteit van zorg en het onder druk staan van zorgprofessionals. Daarom moet de zorg anders georganiseerd worden om te borgen dat de zorg ook in de toekomst toegankelijk is. Middels contractering kunnen zorgverzekeraars op deze transformatie sturen.

In de praktijk zien we zorgaanbieders die geen contract willen maar wel meer uren leveren dan gecontracteerde zorgaanbieders, terwijl de kwaliteit niet beter is. In tijden van schaarste van zorgpersoneel kunnen we het ons niet permitteren dat zorgpersoneel wordt ingezet voor zorg die niet passend is, omdat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid van zorg. Daarnaast leidt dat er bijvoorbeeld toe dat het herstel van patiënten langer duurt. Of dat afspraken die zorgverzekeraars met patiëntenorganisaties maken over welke behandeling of hulpmiddel het meest wenselijk is omzeild worden door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders kijken ook vaak minder naar wat patiënten zélf nog kunnen bijdragen aan hun eigen herstel. Ook is de afstemming in de keten van zorglevering vaak lastiger, omdat niet-gecontracteerde zorgaanbieders vaak klein zijn en slechts één onderdeel van de totaal benodigde zorg leveren. Dat komt de samenhang van de behandeling voor de patiënt uiteindelijk niet ten goede.

Contractering is dus cruciaal om de beweging naar passende zorg tot stand te brengen en daarmee de zorg toegankelijk te houden en daarmee ook de keuzevrijheid voor iedereen zoveel mogelijk te borgen. Dit wetsvoorstel is een onderdeel van de slag die we willen maken om de contractering te bevorderen.

b) Wat zijn de oorzaken van het probleem?

De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Ook het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen neemt toe. Juist ook in de zorg komen we handen tekort. Die tendens bestaat al langer, maar werd tijdens de coronacrisis extra zichtbaar. In alle zorgsectoren zien we nu de spanning tussen vraag en aanbod toenemen. Dit leidt tot wachtlijsten, het onder druk staan van de kwaliteit van zorg en het onder druk staan van zorgprofessionals. Daarom moet de zorg anders georganiseerd worden. Een adequaat contracteerproces en de mogelijkheid om te kunnen sturen via de contractering zijn hierin belangrijke voorwaarden. In tijden van schaarste van zorgpersoneel kunnen we het ons niet permitteren dat zorgpersoneel wordt ingezet voor zorg die niet passend is, omdat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid van zorg. Meer in het bijzonder is het aandeel niet-gecontracteerde zorg in een aantal sectoren de laatste jaren toegenomen.

c) Wat is de omvang van het probleem?

Onderzoek heeft uitgewezen dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de afgelopen jaren in de wijkverpleging licht is gestegen. In de ggz is de afgelopen jaren sprake geweest van een groei van niet-gecontracteerde zorg gevolgd door een stabilisatie. Bovendien is uit deze onderzoeken gebleken dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer uren zorg declareren.

d) Wat is het huidige beleid en wat heeft de evaluatie opgeleverd?

Het huidige beleid ten aanzien van contractering is neergelegd in het IZA en is nader uitgewerkt in de brief aan de Tweede Kamer van 12 juni 2023 over de voortgang verbeteren contracteerproces.

e) Wat gebeurt er als de overheid niets doet (Nuloptie)? Wat rechtvaardigt overheidsinterventie?

Op dit moment werkt al ongeveer een op de zes werknemers in Nederland in de zorg. Wanneer we niets doen loopt dit aandeel op tot ongeveer een op de vier in 2040. Het is irreal te veronderstellen dat het beroep van de zorg op de Nederlandse arbeidsmarkt of in de collectieve middelen in deze mate kan oplopen. Daarnaast zal de druk op de arbeidsmarkt de komende jaren niet afnemen door de vergrijzing en daarmee de verwachte stijging van de zorgvraag en het dalende aandeel van de beroepsbevolking. Als de overheid niets doet, komt de transitie naar passende zorg in gevaar en daarmee de transitie naar kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

2. Wat is het beoogde doel?

Hulpvragen

- a) Wat zijn de beleidsdoelen?

Het beleidsdoel is via het verbeteren van het contracteerproces een bijdrage te leveren aan de brede beweging naar passende zorg, zodat de patiënt nu maar ook in de toekomst kan rekenen op betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Een adequaat contracteerproces en de mogelijkheid om te kunnen sturen via de contractering door zorgverzekeraars zijn belangrijke voorwaarden voor goede afspraken over deze transitie.

- b) Aan welke [duurzame ontwikkelingsdoelen \(sustainable development goals, SDG's\)](#) en [brede welvaartsuitkomsten](#) dragen de doelen bij?

Het bevorderen dat zorgpersoneel wordt ingezet voor zorg die passend is en voor het behoud van de toegankelijkheid van zorg in tijden van schaarste van zorgpersoneel.

3. Wat zijn opties om het doel te realiseren?

Hulpvragen

- a) Wat zijn kansrijke aangrijpingspunten om het doel te realiseren?

Kansrijk aangrijpingspunt is dat het wetsvoorstel voortvloeit uit het IZA als onderdeel van een beweging naar passende zorg en van andere maatregelen om de contractering van zorg en de transparantie jegens verzekerden te bevorderen, zoals is uitgewerkt in de brief aan de Tweede Kamer van 12 juni 2023 over de voortgang verbeteren contracteerproces.

- b) Wat zijn, gegeven de aangrijpingspunten, kansrijke beleidsopties?

Het wettelijk verankeren van het hinderpaalcriterium versterkt de rechtszekerheid, ook door de uitleg van het hinderpaalcriterium in de memorie van toelichting. Dit biedt meer en betere handvatten bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het op basis van het wetsvoorstel aanwijzen van (deel-)sectoren in de zorg waar de niet-gecontracteerde zorg een zodanige omvang heeft dat dat invloed kan hebben op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de betreffende zorg, om vervolgens daarvoor de hoogte van de vergoeding van overheidswege te bepalen.

- c) Wat is de beleidstheorie per kansrijke beleids optie?

De beleidstheorie is dat – gelet op hun belangen en positie in het zorgstelsel – de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd wordt en dat verzekerden meer geneigd zullen zijn gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders.

4. Wat zijn de gevolgen van de opties?

Hulpvragen

- a) Wat zijn de verwachte gevolgen per beleidsoptie?

Het verwachte gevolg is dat zorgcontractering toeneemt, en op die manier de transitie naar passende zorg gestimuleerd en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg bevorderd wordt.

- b) Welke verplichte toetsen zijn van toepassing en wat zijn daarvan de uitkomsten?

Verplichte toetsen zijn:

- de toezichts- en handhavingstoets door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- de regeldruktoets door het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR).

Deze toetsen zijn gelijktijdig met de internetconsultatie uitgezet.

5. Wat is de voorkeursoptie?

Hulpvragen

a) Wat is het voorstel?

Conform het Coalitieakkoord "Omzien naar elkaar 2021-2025" en het IZA inzetten op het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering in combinatie met andere maatregelen om zorgcontractering te verbeteren die zijn uitgewerkt in de brief aan de Tweede Kamer van 12 juni 2023.

b) Hoe houdt het voorstel rekening met:

- [Doeltreffendheid](#) en [doelmatigheid](#);
- Uitvoerbaarheid voor alle relevante partijen (inclusief [doenvermogen](#), [regeldruk](#) en [handhaving](#));
- Brede maatschappelijke impact?

Met het IZA wordt een brede beweging naar passende zorg in gang gezet, zodat de patiënt nu maar ook in de toekomst kan rekenen op toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Een adequaat contracteerproces en de mogelijkheid om te kunnen sturen via de contractering zijn belangrijke voorwaarden voor goede afspraken over deze transitie. Immers: als we willen dat de zorg anders wordt georganiseerd, dat zorgaanbieders meer (domeinoverstijgend) gaan samenwerken, of dat zij andere zorg gaan leveren, dan moet dat uiteindelijk ook neerslaan in de contracten tussen individuele zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders.

In tijden van schaarste van zorgpersoneel kunnen we het ons niet permitteren dat zorgpersoneel wordt ingezet voor zorg die niet passend is, omdat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid van zorg. Zorgaanbieders die ongecontracteerd zorg leveren, leveren meer uren zorg dan gecontracteerde zorgaanbieders, wat niet wordt verklaard door kenmerken van de cliënten of door andere resultaten van de zorgverlening.

In het IZA hebben IZA partijen dan ook afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces en het vergroten van de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars.

c) Wat zijn de risico's en onzekerheden van dit voorstel?

Relatief weinig. Het wetsvoorstel en de combinatie met de andere maatregelen ter bevordering van zorgcontractering vloeit voort uit zowel het Coalitieakkoord, als het IZA.

d) Hoe ziet de voorgenomen [monitoring en evaluatie](#) eruit?

Er worden met de NZa verkennende gesprekken gevoerd over de monitoring van het contracteringsproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en over de wijze van vaststelling van de omvang van de niet-gecontracteerde zorg.